

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON  
Année Scolaire 1908-1909. — N° 108.

---

ÉTUDE  
SUR LES  
HÉMORRAGIES OCCULTES  
Du Tube Digestif

LEUR RECHERCHE DANS LES FÈCES PAR LA RÉACTION DE WEBER

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

*Et soutenue publiquement le 5 Juin 1909*

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

LOUIS-GEORGES BÈQUE

Né le 4 Août 1883, à CAMARET (Vaucluse)

Ex-Interne des Hôpitaux de Grenoble

Ancien Préparateur d'Anatomie et Lauréat de l'Ecole de Médecine de Grenoble.



GRENOBLE

IMPRIMERIE DE LA « DÉPÊCHE DAUPHINOISE »

---

1909





Digitized by the Internet Archive  
in 2026



ÉTUDE  
SUR LES  
HÉMORRAGIES OCCULTES  
DU TUBE DIGESTIF

Leur Recherche dans les Fèces par la Réaction de Weber



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON  
Année Scolaire 1908-1909. — N° 108.

---

ÉTUDE  
SUR LES  
HÉMORRAGIES OCCULTES  
Du Tube Digestif

LEUR RECHERCHE DANS LES FÈCES PAR LA RÉACTION DE WEBER

—••—  
THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

*Et soutenue publiquement le 5 Juin 1909*

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

LOUIS-GEORGES BÈQUE

Né le 4 Août 1883, à CAMARET (Vaucluse)

Ex-Interne des Hôpitaux de Grenoble

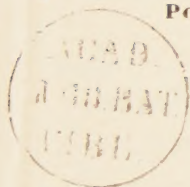
Ancien Préparateur d'Anatomie et Lauréat de l'Ecole de Médecine de Grenoble



GRENOBLE

IMPRIMERIE DE LA « DÉPÊCHE DAUPHINOISE »

—  
1909



# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ.....  
J. COURMONT.....  
LORTET.....

DOYEN.  
ASSESEUR.  
DOYEN HONORAIRE.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER

## PROFESSEURS

Cliniques médicales.....  
  
Cliniques chirurgicales.....  
Clinique obstétricale et Accouchements.....  
Clinique ophtalmologique.....  
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....  
Clinique des maladies mentales.....  
Clinique des maladies des enfants.....  
Clinique des maladies des femmes.....  
Physique médicale.....  
Chimie médicale et pharmaceutique.....  
Chimie organique et Toxicologie.....  
Matière médicale et Botanique.....  
Parasitologie et Histoire naturelle et médicale.....  
Anatomie.....  
Anatomie générale et Histologie.....  
Physiologie.....  
Pathologie interne.....  
Pathologie et Thérapeutique générales.....  
Anatomie pathologique.....  
Médecine opératoire.....  
Médecine expérimentale et comparée.....  
Médecine légale.....  
Hygiène.....  
Thérapeutique.....  
Pharmacologie.....

MM. LEPINE.  
TEISSIER.  
BARD.  
PONCET.  
JABOULAY.  
FABRE.  
ROLLET.  
NICOLAS.  
PIERRET.  
WEILL.  
POLLOSSON (A.).  
CLUZET.  
HUGOUNENQ.  
GAZENEUE.  
BEAUVISAGE.  
GUIART.  
TESTUT.  
RENAUT.  
MORAT.  
ROQUE.  
COLLET.  
PAVIOT.  
POLLOSSON (M.).  
ARLOING  
LACASSAGNE  
COURMONT (J.).  
PIC.  
FLORENCE.

## PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.....  
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....  
Pathologie externe.....  
Maladies des voies urinaires.....

DOYON.  
LANNOIS.  
VALLAS  
ROCHET.

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale.....  
Propédeutique de gynécologie.....  
Chirurgie infantile.....  
Hygiène administrative.....  
Accouchements.....  
Matière médicale.....  
Embryologie.....  
Anatomie topographique.....

BERARD, agrégé.  
CONDAMIN, —  
NOVE-JOSSERAND —  
LESIEUR, —  
COMMANDEUR, —  
MOREAU, —  
REGAUD, —  
PATEL, —

## AGREGÉS

MM.  
BARRAL.  
SAMBUC  
COURMONT (P.).  
CHATIN.  
VILLARD.  
TIXIER.

MM.  
REGAUD.  
COMMANDEUR.  
GAYET.  
MOREL.  
NEVEU-LEMAIRE.  
PATEL.

MM.  
J. LEPINE.  
LESIEUR.  
MARTIN (Et.).  
LAROYENNE  
VORON.  
NOGIER.

MM.  
MOUNEYRAT.  
LATARJET, Ch...  
BERIEL, Ch...  
BRETIN, Ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. J. TEISSIER, *Président*; ROQUE, *Assesseur*; CHATIN et J. LÉPINE, *Agrégés*.

*La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.*

A MA FEMME

A MA FAMILLE



**A mon Président de Thèse**

M. LE PROFESSEUR J. TEISSIER



## AVANT-PROPOS

---

Nous sommes heureux de trouver dans ce premier travail l'occasion de remercier tous ceux qui nous guidèrent dans nos études.

Notre profonde reconnaissance doit s'étendre à tous nos maîtres de l'Ecole de Grenoble : à M. le Docteur Bordier, directeur de l'Ecole de Médecine; au Professeur Salva, dont nous avons été l'aide d'anatomie pendant une année et qui nous a toujours témoigné la plus grande bienveillance; aux Docteurs Girard, Gautier, Comte, dans les services desquels nous avons été successivement externe, puis interne; aux Docteurs Perriol, Termier, Traversier, Deschamps, Jacquemet, médecins ou chirurgiens des hôpitaux, dont nous avons suivi avec fruit les enseignements.

A Lyon, nous avons eu l'honneur d'être aimablement accueilli par M. le Professeur J. Teissier, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Dans d'autres circonstances bien douloureuses, nous avons déjà pu apprécier sa bonté et son dévouement; nous sommes heureux de l'occasion qui nous est offerte pour lui témoigner toute notre reconnaissance.

Nous ne saurions trop le remercier également d'avoir tant contribué à nous faire franchir tous les obstacles qui entouraient notre fin d'études.

Nous ne l'oublierons jamais.

Nous conserverons de tous nos amis de l'Internat en médecine et en pharmacie le plus agréable souvenir et nous serons heureux de conserver leur amitié.

---

## INTRODUCTION

--

Il y a huit ou neuf années encore, les seules hémorragies du tube digestif (œsophage, estomac, intestin) qui fussent diagnostiquées, étaient celles qui se traduisent à l'extérieur, soit par des phénomènes physiques, soit par des symptômes fonctionnels ou généraux.

Le sang épanché dans le tube digestif en est expulsé, soit par les vomissements, soit par les selles, suivant le siège de l'hémorragie; d'où deux symptômes : l'hématémèse et le mélœna.

L'hématémèse survient à la suite des hémorragies des voies digestives supérieures, œsophage, estomac; quelquefois même, après les hémorragies du duodénum, qui peuvent refluer dans l'estomac.

L'hématémèse s'accompagne ou non du mélœna.

Lorsque le sang est épanché dans l'intestin grêle ou dans le gros intestin, on n'observe plus que le mélœna.

L'hématémèse et le mélœna peuvent être ou rouges ou noirs, suivant l'abondance de l'hémorragie et l'altération du sang par un séjour plus ou moins long dans l'estomac ou dans l'intestin.

Les grandes hémorragies, outre le rejet de sang bien coloré soit par la bouche soit par l'anús, suivant leur siège, s'accompagnent de phénomènes généraux graves, vertiges, lipothymies, syncopes, parfois mortelles; leur diagnostic est facile.

Les hémorragies moins abondantes s'accompagnent de troubles généraux, mais à la longue seulement, de même pour les troubles fonctionnels; les vomissements sont ici noirâtres, brun chocolat ou marc de café; les selles sont souvent diarrhéiques, et ressemblent beaucoup, comme aspect et couleur, à la suie délayée.

Le diagnostic de l'hémorragie est donc bien aidé par ces divers symptômes.

Dans ces deux cas que nous venons d'examiner brièvement, grande hémorragie et moyenne hémorragie, l'examen direct des matières vomies, ou des selles, peut permettre de diagnostiquer l'hémorragie.

Mais supposons maintenant des hémorragies très petites : alors ni les matières vomies, ni les selles, ne présenteront de coloration anormale, on n'observera pas de symptômes fonctionnels ou généraux, ou du moins tout à fait à la longue, nous arrivons ainsi à la conception des hémorragies occultes.

Si nous songeons à l'importance clinique de l'hématémèse et du mélcena, nous voyons combien peut être utile la connaissance de ces hémorragies occultes.

L'hémorragie n'est-elle pas le seul symptôme qui permette souvent d'affirmer d'une façon absolue l'existence d'un ulcère ou d'un cancer de l'estomac et de différencier ces maladies d'une gastrite chronique, par exemple ? Avant d'arriver à la production d'hémorragies manifestes, un ulcère peut saigner d'une façon « occulte », et pourtant un diagnostic précoce est d'une importance capitale dans le traitement, et peut pré-

server le malade d'une hémorragie foudroyante ou d'une perforation mortelle.

C'est en 1893 que Weber appliqua le premier à la recherche du sang dans les matières fécales, le procédé ancien de Van Deen avec la teinture de gaïac et l'essence de térébenthine ozonisée (Berliner Klin. Wochenschr. 1893, n° 19).

En 1901 seulement, Boas reprit les travaux de Weber oubliés : (Deutschen Méd. Wochenschrift., 1901, n° 20, 1903 n° 47. — Volkmann's Klin. Vorträge, 1905, n° 387).

Depuis lors, de nombreux travaux furent publiés surtout en Allemagne, soit d'après la technique de Weber, soit en utilisant d'autres réactions : aloïne, eau gaïacolée, benzidine...

Nous citerons ceux de :

Boas et Kochmann (Archiv. f. Verdaùngsk. 1902).

Küttner (Zeitschrift. für. Klin. med. 1902).

Rossel (Deutsche arch. f. med. 1903).

Schloss (Archiv. f. Verdaùngsk 1904).

Schlumann et Wesphal (Zeitsch. f. physiolog. clinica).

Hartmann (Arch. f. Verdaùngsk. 1904).

Siegel (Münchener med. Woch., 1905, n° 33).

Dutton Steele et William Buttle (The american, Journ. of. Med. Sciences, juillet 1905).

Cattaneo (Rivista di clinica med., novembre 1905).

Ewald (Berliner Klin Wochenschr., 1906, février et mars).

Schumm (Die Untersuchung der Fäces auf Blut. Iena 1906).

Romani (la Riforma Medica 1906).

Mathieu et Roux (Bulletin Soc. Méd. Hôpitaux de Paris, avril 1906).

Ettinger et Girault (Semaine Médicale, juillet 1906).

Guyot (Gaz. degli Ospedali, 1906).

G. Girault (Thèse de Paris, 1906).

White (Association médicale américaine, Réaction de Weber, 1906).

Jaworski et Rowlewicz (Sur les hémorragies latentes du tube digestif, 1906).

Falloise (Presse médicale, 1906).

A. Cade et Bourret (Hémorragies occultes du tube digestif et réaction de Weber. — Soc. Méd. des Hôpitaux de Lyon, 1907).

A. Cade et Bourret (Congrès Français de médecine interne, 9<sup>me</sup> session, Paris 1907).

A. Cade et Bourret (Lyon médical, 1908, janvier).

Cestan et Sacareau (Province Médicale, 1908).

Clermont (de Vichy), (Centre médical, septembre 1908).

Déléarde et Benoit (Bulletin Soc. Biologie 1908).

Fernand Lévy (Gazette des Hôpitaux, 1908).

Isler (Vienne), (Analyse dans Journal de chirurgie, 1908).

A. Cade et Philippe (Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, mai 1909).

Mathieu et Roux (Notes de pathologie gastro-intestinale, 1909), (Doin).

C'est le diagnostic si précieux de ces hémorragies occultes qui va faire l'objet de ce travail.

Dans une première partie nous étudierons la technique de ces recherches, les différents procédés employés et surtout celui de Weber, utilisé journellement à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Dans une deuxième partie, nous passerons en revue les

résultats cliniques, fruits des nombreuses observations à ce jour.

A ce propos nous ne saurions trop remercier M. le Docteur A. Cade, médecin des Hôpitaux, assistant de la clinique de M. le Professeur J. Teissier, qui a bien voulu nous guider dans cette étude. M. Cade nous a communiqué obligeamment ses nombreuses observations et ses conclusions, déduites des nombreuses recherches effectuées sur ce sujet sous sa direction.



# PREMIÈRE PARTIE

## LA TECHNIQUE

---

### CHAPITRE I

#### Recherche du sang dans le contenu gastrique et les matières fécales.

Les différents procédés que nous allons étudier sont également applicables au contenu gastrique et aux matières fécales.

On peut distinguer trois groupes de méthodes :

Méthodes hémo-spectroscopiques ;

Méthodes hémo-microscopiques ;

Méthodes hémo-chimiques.

Nous les examinerons rapidement.

#### I. — MÉTHODES HÉMO-SPECTROSCOPIQUES.

##### 1° Réaction de Hoppe-Seyler.

Longue et difficile ; on opère sur un extrait éthéro-acétique qui dissout l'hématine. Celle-ci possède un spectre à quatre bandes d'absorption dans le rouge, le jaune, le vert et le bleu

## 2° Réaction d'Höffmann-Grünwald.

A quelques centimètres cubes de matières traitées par une lessive de chaux à 10 %, on ajoute 5 à 6 centimètres cubes d'une solution concentrée, fraîchement préparée, de cyanure de potassium. On agite vigoureusement, on laisse déposer quelques heures. Le liquide filtré est additionné de sulfhydrate d'ammoniaque. On observe alors dans le spectre, au niveau du violet deux bandes d'absorption de même largeur et très rapprochées. Ces méthodes, par l'instrumentation qu'elles exigent, sont peu à la portée du médecin.

## II. — MÉTHODES HÉMO-MICROSCOPIQUES.

### 1° Recherche des globules rouges.

La recherche directe des hématies au microscope, n'est pas recommandable. On a peine à retrouver ces éléments déformés, transformés ou détruits par l'action des sucs digestifs ou intestinaux; même dans les hémorragies notables, dans les vomissements marc de café ou dans les mélœna, on ne les reconnaît pas.

### 2° Réaction de Teichmann.

Elle est difficile, mais très sensible. On laisse tomber sur une lame porte-objet une goutte ou une parcelle de la matière à examiner.

On y ajoute une goutte d'une solution faible de chlorure de sodium et 4 à 5 gouttes d'acide acétique. On recouvre d'une lamelle, et on met à l'étuve sans dépasser 45 degrés, car la moindre surchauffe entrave la cristallisation. La préparation refroidie examinée au microscope présente des tablettes lo-

zangiques affectant souvent une encoche à leurs deux extrémités et de couleur jaune serin : ce sont les cristaux d'hémine ou de Teichmann.

3° Signalons la réaction acétone-hémine de Robert-Newcki.

### III. — MÉTHODES HÉMO-CHIMIQUES.

#### 1° Réaction de Van Deen-Weber.

C'est un des meilleurs procédés de recherche du sang et des plus pratiques.

*Réactifs.* — La teinture de gaïac sera toujours fraîche et préparée au moment de son emploi : résine de gaïac pulvérisée, dissoute dans de l'alcool à 90°. L'essence de térébenthine ozonisée se forme en laissant quelques semaines à l'air, le flacon d'essence débouché. On peut la remplacer par de l'eau oxygénée.

*Technique.* — Un petit fragment des matières à analyser, pris, si possible, au milieu du boudin fécal pour éviter l'erreur due à la présence du sang à sa surface (frottements contre des hémorroïdes, etc.), ramolli avec un peu d'eau, si elles sont dures, est mis dans un verre à expériences. On peut ajouter un peu d'éther pour dissoudre les matières grasses qui rendraient la réaction invisible. On décante. On verse le tiers du volume des matières d'acide acétique glacial. On agite doucement; puis on ajoute six à huit centimètres cubes d'éther, qu'on mélange prudemment pour éviter une émulsion. Bientôt l'éther surnage tenant l'hématine du sang en dissolution.

On le décante dans un tube à essais, où l'on ajoute 30 gout-

tes d'essence de térébenthine ozonisée et 10 à 20 gouttes de teinture de gaïac.

La réaction n'est pas immédiate. Il faut attendre quelques minutes avant qu'elle se produise. C'est une coloration bleu violet, presque noire, si l'hématine est très abondante.

*Principe.* — La coloration observée est due à l'oxydation énergétique de l'acide gaïaconique contenu dans la résine de gaïac, d'où formation de bleu de gaïac. En présence du peroxyde organique de l'essence de térébenthine ozonisée, la matière colorante du sang se comporte comme un ferment actif.

L'hémoglobine s'empare de l'oxygène du peroxyde organique et le transporte sur l'acide gaïaconique. L'hémoglobine joue donc le rôle d'une sorte d'oxydase indirecte, d'une anaéro-oxydase, c'est-à-dire d'un ferment, qui, en présence du seul oxygène de l'air, ne saurait oxyder les substances oxydables. Il faut l'intervention d'un intermédiaire très oxygéné. Ce dernier ne sera pas forcément l'essence de térébenthine, qu'on peut remplacer par l'eau oxygénée, le perborate de soude, la teinture d'eucalyptus.

Ajoutons que parfois l'on obtient au lieu de la coloration bleue violacée, une coloration bleue verte, et même verte; contrairement à l'opinion de Hartmann et de Mathieu, Cettinger et Girault considèrent dans ces cas la réaction comme étant positive, mais pourtant elle traduirait de faibles quantités de sang; des essais contradictoires avec la benzidine qui serait plus sensible, donnant toujours une réaction positive.

## 2° Réaction de Schaer Rossel.

Elle est pour ainsi dire la contre-épreuve, le complément de la précédente.

Son principe est identique. A la teinture de gaïac on substitue la teinture d'aloïne : celle-ci se prépare avec l'aloès socotrin pulvérisé, dissous dans l'alcool à 65 degrés; elle doit avoir une teinte jaune clair, car trop concentrée, elle masquerait la réaction.

La technique est la même.

Au bout de quelques minutes l'extrait éthéré prend une teinte rouge qui s'accroît de plus en plus jusqu'au rouge cerise.

### 3° Eau gaïaculée.

La réaction avec l'eau gaïaculée procède du même principe.

On prépare un extrait éthéré, comme dans les méthodes précédentes.

A cinq centimètres cubes d'extrait éthéré, dans un tube à essais, on ajoute 10 à 15 centimètres cubes d'eau gaïaculée et 1 centimètre cube d'eau oxygénée.

S'il y a du sang on obtient une coloration allant du jaune brun au brun foncé. La teinte rose que l'on observe parfois doit être considérée comme négative.

L'eau gaïaculée se prépare en agitant vivement dans un flacon de 250 centimètres cubes contenant 100 centimètres cubes d'eau distillée, un excès de gaïacol (5 à 6 centimètres cubes); on laisse en contact 24 heures, puis on filtre.

### 4° Réaction de O. et R. Adler.

On ajoute à trois centimètres cubes de matières diluées dans l'eau distillée deux centimètres cubes environ d'une solution alcoolique de benzidine et deux centimètres cubes d'eau

oxygénée; puis quelques gouttes d'acide acétique cristallisable.

On obtient, s'il y a du sang, une belle coloration verte qui passe au bleu quand la réaction est très intense.

La solution de benzidine s'altère au bout de deux ou trois jours de préparation.

#### 5° Réaction de Van Storck-Boas.

L'extrait éthéré, traité par une solution diluée de paraphényldiamine en présence d'eau oxygénée, donne une coloration vert olive.

#### 6° Réaction de Meyer.

Cette réaction utilise le phénol phtaléine, qui donne avec l'eau oxygénée une coloration rouge fuschine, en présence du sang.

7° Signalons pour être complet la réaction de Bénédict à la gazoline, la réaction de Dogonamy à la pyridine, et enfin la réaction des sels de fer : la liqueur éthéro-acétifiée est évaporée et le résidu traité par une trace d'acide azotique qui peroxyde le fer; on évapore à siccité et on ajoute une goutte de solution de sulfocyanate de potassium qui donne une coloration rouge de sulfocyanate de fer (au contact de l'hématine qui contient du fer). Si au lieu du sulfocyanate de potassium on emploie le ferrocyanum de potassium, il y a formation de bleu de Prusse.

---

## CHAPITRE II

### Etude comparée de la valeur des divers procédés.

Nous venons de passer en revue les différents procédés permettant de déceler de minimes quantités de sang dans le contenu gastrique et dans les selles.

Il nous paraît intéressant de rechercher le procédé le plus pratique parmi ceux que nous avons exposés, c'est-à-dire celui qui est très sensible, très simple, qui ne nécessite aucune instrumentation spéciale ou compliquée, en un mot le procédé qui puisse servir non seulement dans un laboratoire d'hôpital, mais dans la pratique journalière. De ce fait nous écarterons d'emblée les procédés qui relèvent des deux premières méthodes que nous avons exposées : la méthode hémospéctroscopique et la méthode hémomicroscopique.

Restent donc les procédés de la méthode hémochimique, et notamment la réaction de Weber par la teinture de gaïac et la réaction des Adler par la benzidine.

La limite de sensibilité de ces deux réactifs est ainsi évaluée par les différents expérimentateurs :

Pour Boas et Kochmann la réaction serait positive avec le gaïac à  $1/8.000$  ; pour Schloss de  $1/8.000$  à  $1/6.000$  ; pour Hartmann de  $1/50.000$  à  $1/10.000$  ; Romani  $1/13.000$ . Schumann et Westphall, étudiant comparativement le gaïac et la benzidine, donnent pour le gaïac  $1/25.000$  et pour la benzi-

dine 1/200.000; Eettinger et Girault 1/10.000 pour le gaïac (extrait chloroformique, au lieu d'extrait éthéré), et 1/250.000 pour la benzidine; Schumm et Remstedt 1/100.000 pour le gaïac; Javorski et Korolewicz 1/25.000 pour le gaïac; Grünwald 1/2.000 pour le gaïac et 1/150.000 pour la benzidine.

Des résultats ci-dessus exposés, et des recherches de Eettinger et Girault, il résulterait que, parmi les réactifs utilisés, la benzidine est le plus sensible; ensuite viennent le gaïac, l'eau gaïacolée, l'aloïne.

Au point de vue de la rapidité de l'apparition de la réaction positive, la benzidine serait en tête donnant la coloration spéciale presque immédiatement; avec le gaïac elle demande souvent quelques minutes; davantage encore avec l'aloïne et l'eau gaïacolée.

Quant à la simplicité du procédé, la recherche du sang par la benzidine est de beaucoup le plus simple, puisqu'on opère directement sur les fèces; mais, justement, cet examen direct nécessite beaucoup de précautions, surtout en ce qui concerne le régime à suivre par les malades, deux ou trois jours durant, avant l'examen des matières.

Schumann et Wesphall reprochent au procédé Adler plusieurs causes d'erreur possibles : certains liquides organiques tels que la salive, les sécrétions intestinales, les légumes à chlorophylle, les sels de fer, certains aliments (oseille...) donneraient une réaction positive. Eettinger et Girault, qui ont soutenu le procédé par la benzidine, pensent, qu'en pratique, on peut ne pas tenir compte de la réaction positive avec la salive et les sucs intestinaux, car la réaction devrait toujours être positive, ce qui n'est pas le cas.

Ces mêmes auteurs ont éliminé les causes d'erreur dues à l'ingestion de certains médicaments ou de certains aliments,

en supprimant tout médicament interne qui puisse donner la réaction et en soumettant le malade à un régime approprié pendant quelques jours (lait, laitages, pâtes alimentaires, farineux); mais, c'est justement là le défaut de ce procédé.

Pour ce qui est de la réaction par le gaïac de Van Deen, elle n'est pas exclusive au sang. La provoquent certaines substances de l'organisme, telles que le pus, la bile, la salive, les substances contenant des leucocytes, un grand nombre d'aliments, particulièrement les végétaux riches en chlorophylle, le lait de vache cru, les racines fraîches de certaines plantes, les pommes de terre, les pissenlits, les crucifères, et, en général, les végétaux contenant du cyanogène, au moins lorsqu'ils sont crus; la provoquent également les peroxydes organiques (oxydases), les peroxydes métalliques (plomb, manganèse, fer, argent), les bromures...

*Weber a supprimé toutes ces causes d'erreur en substituant à l'examen direct, la recherche sur l'extrait éthéré acétifié.*

L'éther, après adjonction d'un acide organique, dissout l'hématine du sang, et la sépare des matières susceptibles d'influencer la teinture de gaïac, lesquelles restent insolubles dans lui. Siegel recommande en outre d'ajouter un peu d'eau distillée aux matières, sinon l'éther se mélange à l'acide acétique, il peut passer dans le mélange des oxydases et des substances végétales; après addition de l'eau l'hématine passe seule dans l'éther.

---

### CHAPITRE III

#### Des causes d'erreur dans les cas de réaction positive.

La réaction positive ayant été décelée, il est certaines causes d'erreur qu'il est bon de connaître, pour éliminer les hémorragies provenant d'un autre point de l'organisme ou les réactions dues à des causes artificielles.

On devra éliminer les épitaxis, les hémorragies de la bouche et du pharynx, même les hémoptysies.

La présence de sang occulte dans les vomissements n'aurait, selon Boas, aucune valeur; cette seule constatation ne serait pas suffisante pour diagnostiquer la présence d'un ulcère de l'estomac ou d'un cancer.

Dans les cas de repas d'épreuve ou de liquides de stases retirés avec la sonde, la présence de sang n'a pas non plus une valeur absolue : le passage de la sonde ayant pu produire de petites érosions sur une muqueuse souvent irritée et fragile. En outre dans les cas de stase, si la réaction est positive il faut songer à la possibilité de l'existence de fragments musculaires, crus ou mal cuits, ingérés la veille et qui auraient séjourné dans l'estomac.

Dans l'examen des selles, il faudra éliminer plusieurs causes d'erreur : le sang menstruel, les hémorroïdes, la constipation.

Rien à dire pour le premier.

Les hémorroïdes donneront le plus souvent une hémorragie visible à sang rouge : il faudra vérifier si le malade en est porteur.

Chez les constipés on observe souvent des glaires sanguinolentes ; il serait utile, selon Boas, de leur administrer de la rhubarbe ou de l'eau de Carlsbad, pour rendre leurs selles plus molles, avant toutes recherches du sang.

Une autre question importante à élucider est celle de l'alimentation du malade examiné. Y a-t-il des aliments qui peuvent provoquer la réaction positive dans les selles ? A quelle alimentation devra être soumis le malade avant tout examen ?

Les auteurs ont répondu un peu différemment à ces questions, suivant les procédés de recherches qu'ils ont utilisés.

D'après Weber, l'ingestion de trois grammes de viande crue suffirait à provoquer la réaction, alors que la viande cuite ne la donnerait pas. C'est l'avis également de Boas et Kochmann. Pour Hartmann, la viande cuite serait également capable de provoquer la réaction. Girault qui a recherché la réaction sur dix-sept malades ayant été soumis au régime carné, l'a trouvée positive dix-sept fois avec la benzidine, onze fois avec l'eau gaïacolée, et neuf fois avec la teinture de gaïac. M. le Docteur Cade conclut de ses recherches que la viande cuite ne détermine que rarement la réaction de Weber ; il ne l'a observée que dans la moitié environ des explorations, avec un régime mixte auquel était adjoint tous les jours 150 grammes de viande crue. D'après Hartmann, la viande de poisson donnerait également la réaction.

Pour les légumes, les avis sont partagés : les uns, avec Schumann et Wespball, affirment que les légumes verts donnent la réaction ; les autres, avec Schusters, affirment le con-

traire. Ottinger et Girault, avec la benzidine, ont trouvé la réaction positive avec les légumes verts crus, négative lorsqu'ils sont cuits. •

Sur cinquante-sept malades soumis au régime lacto-farineux (lait, laitage, pâtes alimentaires), ces mêmes auteurs ont trouvé la réaction par la benzidine, négative dans tous les cas; dans un cas positif, la malade avoua avoir mangé de la viande la veille. •

En résumé, avec les précautions indiquées la réaction positive dans les selles aura une grande valeur clinique, ainsi que nous allons voir dans la deuxième partie de ce travail, surtout si on utilise un procédé, tel que celui de Weber, dont la sensibilité n'atteint pas un degré excessif.

## DEUXIÈME PARTIE

### ETUDE CLINIQUE

---

Les hémorragies occultes du tube digestif ont une haute valeur séméiologique. Elles confirment ou annihilent un diagnostic délicat, lorsque les principaux signes physiques de l'affection sont peu marqués ou font défaut.

Il est surtout bon de rechercher leur présence dans les cas chroniques.

Nous allons successivement étudier les hémorragies occultes dans leurs rapports avec les affections des différentes parties du tractus gastro-intestinal : œsophage, estomac, intestin. Un chapitre spécial sera consacré à leur étude dans les maladies du foie, du pancréas, des reins.

---

## CHAPITRE I

### Les hémorragies occultes dans les maladies de l'œsophage.

Elles ont été peu étudiées; on ne signale pas de cas d'ulcère œsophagien où la recherche du sang ait été faite.

Boas et Kochmann ont trouvé la réaction du sang positive dans un cas de carcinome œsophagien. MM. Cade et Bourret relatent également une observation analogue.

Girault, dans sa thèse, rapporte deux cas de cancer de l'œsophage vérifiés à l'autopsie, et où la réaction fut positive à la benzi<sup>d</sup>ine et au gaïac.

Dans plusieurs cas de sténoses non cancéreuses : rétrécissements cicatriciels, spasmodiques..., Boas n'a pu obtenir de réaction positive, ce qui est naturel.

Dans les affections œsophagiennes, la recherche du sang peut aider un diagnostic hésitant; elle est nettement en faveur de la nature cancéreuse d'une lésion œsophagienne, mais son absence ne permet pas d'exclure avec certitude le diagnostic de néoplasme; témoins les faits observés à la clinique du Professeur J. Teissier que nous rapportons plus loin : Observations I et II; Weber négatif dans les deux cas, dont un vérifié.

---

## CHAPITRE II

### Les hémorragies occultes dans les maladies de l'estomac.

Ce sont celles qui ont été le mieux étudiées jusqu'à ce jour.

Elles furent d'abord l'objet des recherches de Boas : il divise les maladies de l'estomac en deux groupes, suivant qu'elles ne présentent jamais d'hémorragies occultes ou qu'elles donnent lieu au contraire à des réactions positives, soit continues, soit intermittentes.

Rappelons que dans les recherches effectuées sur les liquides gastriques retirés par le tubage, il y a lieu d'éliminer les résultats positifs dus au saignement des érosions que peut occasionner la sonde, et même pour les hémorragies occultes des fèces on doit faire une petite réserve lorsque le sujet a été préalablement l'objet d'un cathétérisme œsophagien.

Dans le groupe des maladies de l'estomac qui ne donnent jamais lieu à des hémorragies occultes, il faut citer la ptose, l'atonie gastrique, les dyspepsies nerveuses, les gastrites chroniques simples. Toutes les statistiques publiées aboutissent à cette conclusion, qui ressort aussi de la lecture des observations sur lesquelles est basé ce travail.

En ce qui concerne l'hyperchlorhydrie, MM. Oettinger et Girault ont décelé assez souvent de petites traces de sang chez les nombreux malades qu'ils ont examinés à ce sujet; dans

tous ces cas, la réaction était à vrai dire peu intense, tra-  
duisant apparemment de petites exulcérations seulement;  
mais il y a lieu cependant de rapprocher ces résultats des  
données connues sur les relations existant entre l'ulcère de  
l'estomac et l'hyperchlorhydrie. Comme conclusion, il faudrait  
toujours craindre le développement ultérieur d'un ulcère,  
lorsque la présence de sang, même passagèrement, aura été  
constatée dans les selles d'un hyperchlorhydrique.

Quant à la gastrosuccorrhée, avec liquide acide et avec ou  
sans stase alimentaire, il semble falloir la rattacher à la pré-  
sence d'un ulcère de l'estomac, ou d'une exulcération siégeant  
dans le voisinage du pylore et le tenant dans un léger état de  
sténose ou de spasme. C'est l'opinion de Soupault et de Con-  
heim, de Cettinger et Girault. Ces deux auteurs, après les  
recherches positives en ce qui concerne l'existence de petites  
hémorragies, dans deux cas de gastrosuccorrhée légère, sans  
vomissements, ont cru pouvoir rattacher nettement cette  
affection à l'ulcère de l'estomac.

Dans le groupe des maladies qui donnent habituellement  
naissance à des hémorragies occultes, nous ferons, avec  
Girault, deux classes :

— Maladies présentant une réaction positive intermittente :  
l'ulcère de l'estomac, les exulcérations gastriques de diverse  
nature.

- - Maladie qui présente la réaction positive, d'une façon  
continue : à ce groupe appartient exclusivement le cancer de  
l'estomac.

1° Les hémorragies occultes des ulcères et ulcérations de  
l'estomac, d'après Boas et Kochmann, Mathieu et Roux se-

raient intermittentes; pour Hartmann, Cettinger et Girault elles sont continues.

Ces contradictions semblent tenir à l'emploi de réactifs différents (gaïac, benzidine), de sensibilité inégale.

En tous cas, Boas caractérise ainsi les saignements de l'ulcère, ils sont intermittents, assez intenses, ils cèdent aux méthodes thérapeutiques (régime lacté, pansement au bismuth, repos). L'ulcère, n'étant plus irrité, cesse de saigner, Si, au contraire, le malade ne garde plus le repos absolu, s'il prend une nourriture capable d'irriter la surface de l'ulcère, l'hémorragie persistera.

On voit donc que, suivant les conditions dans lesquelles le malade se trouve, les hémorragies et par suite la réaction positive du sang peuvent être plus ou moins intermittentes. De là peut-être les divergences entre les auteurs. De là aussi la nécessité de pratiquer de nombreux examens.

Nous avons recueilli sept observations à ce sujet, elles n'ont pas été vérifiées; dans un cas, le Weber a été constamment négatif; dans les six autres, intermittent.

Cette influence du traitement sur la réaction serait, pour Boas, un moyen de différencier l'ulcère du cancer, dans lequel le traitement n'a pas d'action. Ceci pour les ulcères en activité; car dans les vieux ulcères, dans les ulcères dits calleux, Ewald admet l'absence d'hémorragies occultes. La structure de ces formations avec réaction conjonctive, endartérite oblitérante, explique suffisamment l'insuccès de ces recherches, qui quelquefois aussi peut tenir à la guérison de l'ulcère (G. Girault).

Les ulcérations gastriques à cicatrisation rapide s'accompagnent d'hémorragies occultes tout à fait éphémères (Cettinger, Cade et Bourret).

Dans les ulcéro-cancers, l'hémorragie occulte se retrouve toujours et ne cède pas aux méthodes thérapeutiques. On comprend dans ces cas toute l'importance pronostique de la méthode, au point de vue de l'application d'un traitement chirurgical précoce, le seul qui offre quelque espoir de guérison (Observations XVI et XX).

2° Dans le cancer de l'estomac, la plupart des auteurs considèrent les hémorragies occultes comme la règle générale : Joachim les a retrouvées dans dix-sept cas; Hartmann, sur dix-sept cancers, eut quatorze fois la réaction positive; deux des cas négatifs se rapportaient à des sténoses très serrées du pylore, avec vomissements incoercibles; le troisième était un squirrhe non ulcéré. MM. Mathieu et Roux, sur quatorze malades, ont décelé chez treize le sang dans les selles; MM. Ettinger et Girault ont eu onze cas, tous positifs.

MM. Cade et Bourret ont noté dix cas positifs sur seize observations. On trouvera plus loin dix-huit observations, dont douze vérifiées, se rapportant à des cas de cancer de l'estomac : Weber dans la plupart toujours positif; dans quelques cas, intermittent.

L'hémorragie occulte dans le cancer de l'estomac est donc la règle. Il ne faut pas se contenter d'une seule recherche qui pourra être négative; il est nécessaire de répéter maintes fois l'examen : le sang se retrouve toujours dans les selles, dès que le cancer gastrique est ulcéré et si toutefois il n'existe pas de sténose pylorique très serrée qui empêche l'évacuation du contenu gastrique par l'intestin. On ne tiendra pas grand compte de l'examen du liquide stomacal, outre que le sang peut en être absent, l'évacuation par la sonde risque de provoquer de petites hémorragies qui fausseraient les résultats.

De même, dans l'intervalle des périodes d'examen des fèces, il faudra s'abstenir de sonder l'estomac malade.

Les hémorragies du cancer gastrique sont : presque constantes (si on fait des examens répétés et nombreux), peu intenses, rebelles à toute thérapeutique.

Quand apparaissent-elles ? Pour Boas et Kochmann, Mathieu et Roux, Cettinger et Girault, ce symptôme peut être précoce et précéder la perception de la tumeur; Ewald, au contraire, le considère comme un symptôme tardif, et très postérieur aux signes physiques.

Si dans des faits exceptionnels de cancer gastrique avéré, les réactions hémocoprologiques font défaut, il est, inversement, des formes de carcinose vis-à-vis desquelles la réaction de Weber ou celle des Adler rendent le diagnostic possible, malgré l'absence d'un symptôme capital (tumeur, grandes hémorragies...).

Le caractère persistant des hémorragies occultes du cancer stomacal est très important; il n'est pas constant. Les intermittences de ces hémorragies ne sont point exceptionnelles (Mathieu et Roux, Cade et Bourret).

---

## CHAPITRE III

### Les hémorragies occultes dans les maladies de l'intestin.

Les maladies chroniques de l'intestin accusent des hémorragies minimes. Celles-ci accompagnent l'ulcère et le cancer duodénal; mais la symptomatologie de ces affections, presque calquée sur celle des affections similaires de l'estomac, rend parfois malaisé le diagnostic topographique de la lésion.

Boas croyait, au début, que l'absence de la réaction dans le liquide stomacal et sa présence dans les fèces révélait une lésion duodénale; il est revenu de cette opinion.

Le cancer de l'intestin grêle est rare, son diagnostic difficile; la présence de sang occulte dans les selles aidera à résoudre les cas embarrassants, sans cependant apporter de preuves sur le siège exact de la lésion.

Le cancer du colon donne lieu à des hémorragies occultes peu fréquentes. Sur vingt-sept cas, Boas n'a retrouvé que six fois des signes positifs. M. Mathieu eut toujours des résultats négatifs dans un cancer de cœcum.

Les néoplasmes de l'anse sigmoïde et du rectum se compliquent d'hémorragies trop manifestes pour qu'il soit utile de rechercher la réaction de Weber.

Les ulcérations tuberculeuses chroniques de l'intestin vérifiées à l'autopsie ont donné constamment à Joachim des résul-

tats négatifs pour la recherche des hémorragies occultes, malgré l'opinion inverse soutenue par Boas.

M. Cade a noté, au cours d'un certain nombre d'entérites bacillaires ulcéreuses, des résultats tantôt positifs, tantôt négatifs, et les sujets à réaction positive ne présentaient celle-ci que par intermittences (Observations XXXIV à XLVI).

La présence du sang dans les selles serait assez importante au point de vue diagnostic, d'autant plus que dans la diarrhée par catarrhe intestinal on ne trouverait pas d'hémorragie occulte. Il résulte de cet exposé que la recherche du sang des petites hémorragies, très importante en pathologie gastrique, perd de sa valeur dans les maladies de l'intestin. Il est pourtant logique de l'étudier également là où s'observent des ulcérations aiguës de la muqueuse intestinale et notamment dans la fièvre typhoïde.

Petracchi, le premier, a mis en évidence des traces de sang dans les selles des typhiques. Sur dix-huit cas, il obtint huit fois des réactions positives. D. Steele et W. Buttle ne les obtinrent que trois fois sur dix-huit malades observés; une fois même elle fut négative aux jours qui précédèrent une entérorragie.

Tedeschi ne trouva pas d'hémorragie occulte avant le troisième septennaire (trois malades sur vingt-quatre). Romani a fait une étude approfondie de la question : sur cinquante cas, il eut dix-huit réactions nettes; mais en déduisant deux cas de fièvre typhoïde à forme hémorragique, il reste seize cas positifs, soit vingt-huit pour cent.

Le plus souvent l'hémorragie occulte apparaît au troisième ou quatrième septennaire, à la période de chute des escarres. A cette époque l'administration d'un purgatif provoque l'apparition du phénomène. Romani ne partage pas l'opinion de

Petracchi, qui pense que la réaction du sang se rencontre dans les fièvres typhoïdes graves seulement; c'est ainsi qu'elle fut totalement négative dans onze dothiéntéries graves et se manifesta dans trois cas moyens et dans quatre cas de typhus levissimus. La réaction de Weber ne coïncide pas davantage avec une accélération du pouls. Comme Tedeschi l'avait déjà vu une fois, Romani, au cours de son étude, observa dans quatre cas des traces de sang, prodromes d'une hémorragie intestinale abondante.

Si la fièvre typhoïde se complique de perforation, l'hémorragie occulte se rencontre toujours dans la péritonite par perforation; au contraire, on ne l'observe jamais dans les infections du péritoine par propagation (Tedeschi, Romani).

En opérant avec la benzidine, Ettinger et Girault ont trouvé la réaction du sang dans trois cas de fièvre typhoïde d'inégale intensité.

Il semble que chez les dothiéntériques, même en pleine période d'état, les hémorragies occultes dans les fèces soient très inconstantes.

C'est l'opinion qui ressort des travaux précédemment cités; c'est aussi celle qui résulte des quelques observations de contrôle recueillies par MM. Cade et Philippe, à la Clinique du Professeur J. Teissier et dont on trouvera plus loin le résumé (Observations XXX, XXXI, XXXII).

---

## CHAPITRE IV

### Les hémorragies occultes dans les maladies du foie. du pancréas, des reins.

Dans les différentes affections de ces organes la recherche des hémorragies occultes a été peu pratiquée.

Parmi les auteurs qui les ont étudiées dans les maladies du foie, nous citerons Ewald, Joachim, Ettinger.

La cirrhose du foie, d'après Ewald, s'accompagnerait souvent d'hémorragies latentes : trois fois sur huit. Ettinger obtint trois résultats positifs; mais ces trois cas positifs s'expliquèrent à l'autopsie. Le premier présentait trois ulcères latents de la région pylorique; le second, outre vingt à vingt-cinq adénomes gastriques se compliquait d'un adénome intestinal et d'une ulcération apparemment tuberculeuse de l'intestin; le troisième cas, au dire même de l'auteur, est entaché d'erreur et sujet à caution.

Les conclusions de Ettinger reproduites dans la thèse de Girault sont les suivantes : « la plupart des hémorragies occultes observées dans la cirrhose reconnaissent une tout autre cause que la cirrhose elle-même ».

Pour la lithiase biliaire, la réaction semble toujours négative. Joachim eut un résultat positif dans un cas d'ictère catarrhal. MM. Cade et Bourret n'ont noté, sur trois cirrhotiques, que chez un seul et encore une seule fois, la réaction de Weber positive dans les fèces (Observations XLIX et L).

Les maladies du pancréas provoqueraient des hémorragies occultes (Boas). Joachim les a mises en évidence dans une pancréatite hémorragique. Klemm la vit accompagner un cas de cancer, mais Joachim la chercha en vain dans deux autres néoplasmes.

Chez une malade de la Clinique du Professeur J. Teissier, atteinte de cancer pancréatique vérifié à l'autopsie, la réaction de Weber s'est montrée une seule fois faiblement positive; dans trois autres explorations, elle fut complètement négative (Observation XXVIII).

La néphrite interstitielle avec urémie s'accompagnerait d'hémorragies occultes. Ettinger et Girault les ont signalées dans trois cas sur neuf malades observés, mais ils ne peuvent formuler de conclusions sur ces faits encore trop peu connus et trop peu étudiés.

---

## TROISIÈME PARTIE

---

Il nous reste à examiner les résultats cliniques obtenus avec la réaction de Weber.

La plupart des observations qui vont suivre nous ont été obligeamment communiquées par M. le Docteur A. Cade, médecin des hôpitaux, assistant du Professeur J. Teissier; M. Cade s'occupe beaucoup de cette question dont il a fait l'objet de plusieurs publications.

Les conclusions de M. Cade sont basées sur l'examen de 85 malades, pendant une période de 18 mois : 300 réactions de Weber ont été pratiquées avec des résultats variables; 27 vérifications viennent appuyer sa statistique (autopsies ou vérifications opératoires).

Nous avons pu recueillir sept observations personnelles, dont quatre vérifiées à l'autopsie. Nous avons classé par organes la série des observations : œsophage, estomac, intestins; dans chaque groupe nous avons placé en tête les observations qui ont pu être vérifiées.

Nous indiquons en terminant quelques observations qui ne pouvaient pas faire partie d'une classification, mais qu'il nous a paru intéressant de faire connaître.

---

## OBSERVATIONS

---

OBSERVATION I. — *Service de M. le Professeur J. Teissier.*  
Salle Saint-Augustin, n° 22.

D... Martial.

Sténose de la portion inférieure de l'œsophage; cancer probable.

Le 10 mars 1909, Weber négatif (fèces).

Autopsie le 13 avril 1909.

Cancer de l'œsophage ulcéré, ayant perforé le poumon (gangrène pulmonaire).

OBSERVATION II. — *Service de M. le Professeur J. Teissier.*  
Salle B. Teissier, n° 5.

C...

Cancer de l'œsophage; dysphagie, amaigrissement considérable, examen radioscopique. Arrêt de la sonde à douze centimètres au-dessus du cardia.

Weber trois fois négatif.

Gastrotomie.

OBSERVATION III. — Sténose pylorique : ulcère probable.

M<sup>lle</sup> R..., 35 ans, infirmière. Bien portante jusque il y a quatre ans; troubles gastriques apparaissent : pesanteurs

d'estomac, douleurs légères, pas de vomissements. Mieux passer. — Depuis série de périodes de trouble et de calme, alternatives.

Il y a six mois environ les désordres se sont accentués. Souvent trois ou quatre heures après ses repas, notre malade souffre d'une pesanteur très pénible et de brûlure, vomissements qui soulagent la malade, au point qu'elle arrive à les provoquer elle-même pour être soulagée; elle constate souvent dans les matières vomies des aliments non digérés, ingérés la veille, et même deux jours avant. — Fonctions intestinales normales; pas de méلœna ni d'hématémèses. L'examen des fèces est pourtant positif au Weber à deux reprises, puis négatif quatre fois.

Quelques jours après, sans autres prodromes, la malade vomit une grande quantité d'un liquide brunâtre, positif au Weber. La malade a quitté l'hôpital.

OBSERVATION IV. — *Service de M. le Professeur J. Teissier.*  
Salle B. Teissier, n° 6.

C... Clémentine.

Ulcère de l'estomac probable.

Malaises épigastriques après les repas depuis peu. Hématémèse suivie de méلœna le 14 décembre 1907.

Du 16 décembre 1907 au 8 février 1909, sur vingt-cinq examens des fèces, le Weber a été très positif treize fois, douteux une fois, négatif onze fois.

OBSERVATION V. — *Observation communiquée par M. le Docteur A. Cade, assistant de la clinique médicale du Professeur J. Teissier.*

M<sup>lle</sup> C...

Battements épigastriques. Troubles digestifs vagues, atonie gastro-intestinale.

Anémie et amaigrissement.

Ulcération gastrique probable.

Weber négatif dans les selles.

Evolution vers la guérison.

OBSERVATION VI. — *Service de M. le Professeur J. Teissier.*  
Salle B. Teissier, n° 6.

A...

Ulcère de l'estomac probable.

Dyspepsie douloureuse. Pleurésie hémorragique.

Chimisme stomacal : hyperchlorhydrie.

Du 10 décembre 1908 au 10 mars 1909, sept Weber : trois positifs, trois douteux, un négatif.

OBSERVATION VII. — *Service de M. le Professeur J. Teissier.*  
Salle B. Teissier, n° 2.

R... Hélène, 16 ans.

Ulcère stomacal latent probable; anémie.

Du 19 septembre au 10 novembre 1908, neuf Weber : deux positifs, deux faiblement positifs, cinq négatifs.

OBSERVATION VIII. — *Service de M. le Professeur J. Teissier.*  
Salle B. Teissier, n° 18.

X...

Mélœna abondant.

Weber positif, le 5 et 7 novembre 1907.

Weber négatif, le 12 et 19.

Ulcère de l'estomac probable.

OBSERVATION IX. — *Service de M. le Professeur J. Teissier.*  
Salle B. Teissier, n° 19.

O...

Ulcus ancien. Sténose pylorique.

Syndrome de Reichmann; à la palpation, noyau épigastrique suspect.

Fèces blanchâtres.

Vomissements à odeur aigrelette, à réaction acide nette (acidité totale 2.99 %). Mucus abondant. Pas d'acide lactique. (Chimisme répété à diverses dates : trois fois.)

Le 5 janvier 1909 : Weber très positif.

Depuis, jusqu'au 2 mars 1909, sept Weber, toujours négatifs.

Le malade a quitté le service.

OBSERVATION X. — *Service de M. le Professeur J. Teissier.*  
Salle B. Teissier, n° 6.

L...

Néoplasme primitif de l'estomac; généralisation.

Anorexie. Douleurs gastriques.

Weber négatif, le 1 et 4 février 1908; le 8 février 1908, Weber très positif.

Autopsie. Néoplasme végétant du cardia; grosse généralisation hépatique; propagation aux ganglions périgastriques.

Péritonite aiguë sans perforation.

OBSERVATION XI. — Cancer de l'estomac (personnelle).

M. T... Henri, 81 ans, ancien charretier; hospitalisé à l'Asile des Vieillards de la Tronche. Très bonne santé jusqu'à ces deux dernières années. Apparition de troubles digestifs consistant en douleurs d'abord vagues au moment des digestions et sans vomissements. Ces troubles se sont accrus peu à peu; l'état général est devenu mauvais : douleurs fortes, vomissements abondants; amaigrissement considérable; affaiblissement. Perte de l'appétit; dégoût de la viande; teint jaune paille. A la palpation : petite masse indurée au-dessus des côtes à gauche. Adénopathie sus-claviculaire à gauche. Réaction de Weber positive dans les selles à plusieurs examens. Cachexie progressive. Mort.

Autopsie : Tumeur cancéreuse de la petite courbure sans propagation viscérale; vaste érosion intra-stomacale.

OBSERVATION XII. — *Service de M. le Professeur J. Teissier.*  
Salle B. Teissier, n° 12.

M<sup>me</sup> V...

Néoplasme hépatique.

Le 11 mars 1909, Weber faiblement positif, avec liquide de lavement.

Autopsie : Nécroplasma ulcéré de la petite courbure, avec généralisation hépatique.

OBSERVATION XIII. — *Service de M. le Professeur J. Teissier.*  
Salle Saint-Augustin, n° 8.

L...

Anémie grave. Grosse diminution de la valeur globulaire.

Troubles digestifs, diarrhée, douleurs à l'estomac. Pas de souffles dans les vaisseaux du cou.

6 novembre : Weber douteux.

9-10 novembre : Weber positif.

12 novembre : Weber moins net.

23 décembre : Weber légèrement positif.

17 janvier : Weber très positif.

Mort.

Autopsie : cancer de l'estomac végétant (petite courbure), avec grosse et profonde ulcération.

OBSERVATION XIV. — *Service de M. le Professeur J. Teissier.*  
Salle B. Teissier, n° 19.

X..., 65 ans.

Cachexie, anasarque, ascite avec circulation sous-cutanée, hydrothorax double.

Troubles digestifs : anorexie, vomissements.

Du 7 au 23 décembre 1907, Weber trois fois négatif et deux fois légèrement positif dans les selles.

Décès.

Autopsie : Cancer en nappe de l'estomac à forme de limite (pas d'ulcération apparente).

OBSERVATION XV. — *Service de M. le Professeur J. Teissier.*

D...

Malade depuis plus de cinquante ans.

Depuis quelques mois anorexie, troubles digestifs vagues; vomissements alimentaires; constipation.

Anémie. — Un ganglion sus-claviculaire à gauche.

Tumeur nettement perçue au niveau de l'ombilic, à droite de la ligne médiane, très mobile.

Weber très positif.

Le 5 février 1908, gastro entéro-anastomose pratiquée par M. Bérard (cancer du pylore).

OBSERVATION XV bis. — *Service de M. le Professeur J. Teissier.*  
Salle B. Teissier, n° 3.

J... Félicie.

Lithiase biliaire avec cholécystite ancienne. Fistule biliaire. Anémie intense. Œdèmes. Ancienne phlébite double. Hématémèse antérieure. Fèces décolorées.

Quatre Weber positifs, un négatif, un douteux, en avril-mai 1908. .

En juin 1908 : décès.

Autopsie : Lithiase biliaire, calcul dans le col de la vésicule (enchatonné). Cholécystite scléreuse atrophique. Fistule communiquant avec la vésicule.

Cancer de l'antre prépylorique, bourgeonnant, vilieux, à forme papillomateuse; pas de sténose pylorique.

OBSERVATION XVI. — Ulcéro-cancer de l'estomac (personnelle).

M<sup>me</sup> L... Marie, 61 ans, ancienne blanchisseuse, hospitalisée depuis quatre ans à l'Asile des Vieillards de la Tronche, près Grenoble.

Père mort de pneumonie; mère morte après une maladie longue et mal définie.

A fait plusieurs séjours à l'hôpital, le premier remonte à plus de quinze ans : troubles digestifs avec douleurs au creux épigastrique pendant les périodes de digestion. Vomissements fréquents amenant la cessation des douleurs; quelquefois à jeun, vomissements muqueux; en tous cas jamais de sang dans les matières vomies ou dans les selles.

Après une trentaine de jours de traitement la malade quittait l'hôpital.

Depuis son entrée à l'hospice, elle a vu son appétit diminuer, en même temps que ses forces s'affaiblissaient.

Pas de troubles gastriques bien accentués, sauf depuis quatre mois environ. Amaigrissement accentué, teint pâle. Les vomissements réapparaissent bientôt et deviennent presque quotidiens; ils sont le plus souvent alimentaires; les matières fécales, un peu diarrhéiques, donnent la réaction de Weber positive à plusieurs examens.

Subitement, le 9 avril, apparaissent des vomissements sanguinolents; les selles sont noirâtres, Weber très positif.

Affaiblissement progressif. L'examen du ventre ne donne aucune sensation de tumeur, pas de dilatation apparente. Adénopathie inguinale et sus-claviculaire.

Décès le 20 avril.

Autopsie : caillots noirs dans l'estomac; sur la petite tubérosité, une ulcération de deux centimètres et demi de diamètre; vers le pylore, une cicatrice déprimée d'un ulcère guéri. Fortes adhérences de l'estomac au pancréas, et à la face postérieure du lobe gauche du foie, lequel n'est pas envahi, sauf un peu d'induration blanchâtre à ce niveau; nombreux ganglions volumineux.

Caillots noirs dans l'intestin grêle.

#### OBSERVATION XVII. — Cancer du pylore (personnelle).

M. C..., de B..., 72 ans, présente depuis deux ans et demi environ, après ses repas, des régurgitations alimentaires avec légères douleurs dans la région épigastrique.

Les vomissements augmentent d'intensité depuis quatre mois; ils surviennent de préférence après les repas, mais quelquefois en sont très éloignés, se produisant même le matin à jeun, odeur désagréable, beurre rance parfois. C... a reconnu souvent dans les matières vomies les aliments ingérés la veille, cependant jamais de sang; selles normales en apparence; un peu de constipation.

Pas de dégoût spécial de la viande ou des matières grasses; appétit troublé; malade très amaigri, pâle.

La palpation laisse percevoir une masse dure, un peu douloureuse, siégeant à droite de la région médiane au niveau et un peu au-dessous du lobe gauche du foie. La tumeur est soulevée par les battements de l'aorte; œdème des membres inférieurs.

L'examen des fèces donne la réaction de Weber positive à

huit reprises, mais cette période est entrecoupée par deux examens négatifs.

Cachexie rapide. Mort.

Pas de vérification nécropsique.

OBSERVATION XVIII. — Cancer du Pylore (personnelle).

M<sup>me</sup> C... Adèle, 72 ans, ancienne cuisinière, hospitalisée à l'Asile des Vieillards de la Tronche, près Grenoble.

Vient se plaindre de vomissements alimentaires, devenus ces temps-ci plus fréquents, de préférence après les repas; pas de sang dans les matières vomies, qui laissent parfois reconnaître des aliments ingérés la veille. Constipation. Selles d'apparence normale. Amaigrissement rapide en peu de temps. Pas d'appétit. Pâleur spéciale.

La palpation de l'abdomen fait constater l'existence d'une masse dure et résistante, à droite de la ligne médiane, soulevée par les battements de l'aorte. Tumeur légèrement douloureuse. Œdème des membres inférieurs.

L'examen des fèces pratiqué à diverses reprises donne la réaction de Weber positive.

Cachexie progressive; décès.

Autopsie : Nous trouvons l'estomac légèrement dilaté.

Vers la région du pylore, grosse masse cancéreuse, faisant saillie dans l'estomac, adhérente par sa partie postérieure avec la face inférieure du lobe gauche du foie. La face intérieure est bourgeonnante.

OBSERVATION XIX. — Cancer du Pylore (personnelle).

M. J. A..., 66 ans, de B..., cultivateur.

Troubles gastriques depuis trois ans : douleurs pendant les périodes de digestion, qui sont très longues ; sensation de gonflement, vomissements rares ; selles normales. Amaigrissement progressif, notablement accéléré depuis sept mois : les troubles digestifs se sont accrus, douleurs, vomissements fréquents après les repas, et souvent même à jeun ; dégoût de la viande, vomissements à odeur butyrique bien accentuée, et montrant la plupart du temps des aliments non digérés, souvent ingérés au repas précédent et même quelquefois la veille.

Amaigrissement très prononcé, pâleur spéciale.

Le malade s'est fait examiner seulement il y a un mois, pour la première fois.

L'examen de l'estomac, en dehors de quelques mouvements péristaltiques, nous permet de délimiter une large tumeur bosselée, douloureuse à la pression siégeant au creux épigastrique, sur la ligne médiane et se propageant sous le lobe gauche du foie, auquel elle semble adhérer. La tumeur est soulevée par les battements de l'artère. L'examen des fèces, qui paraissent normales, nous a donné à deux reprises différentes la réaction du sang positive au Weber. Cet examen répété sur les matières vomies s'est montré également positif au Weber.

La cachexie progressive du malade ne permet pas de compter sur une longue survie.

OBSERVATION XX. — Sténose du pylore par ulcéro-cancer (personnelle).

M. A... Jean, 44 ans, cultivateur, entré à l'hôpital de Grenoble vers la fin décembre 1908.

Antécédents héréditaires : néant.

Antécédents personnels : pas de maladie caractérisée ; souffre depuis son service militaire en Afrique, de troubles digestifs ; lourdeurs après les repas ; peu à peu douleurs vives. Vomissements fréquents et faciles, amenant un soulagement.

A... s'est négligé pendant de longues années ; s'est fait examiner depuis cinq mois seulement. A son entrée à l'hôpital, le malade est déjà très cachectisé, pâle, affaibli. Clapotage gastrique à jeun très net, jusque vers l'ombilic ; douleurs vives après le repas ; vomissements presque quotidiens, mais pas d'hématémèses. Pas de tumeur à la palpation. Trois Weber positifs.

Décès peu après.

Autopsie : estomac très dilaté descendant vers le pubis. Après l'ouverture de l'estomac, nous trouvons vers le pylore une ulcération formant un demi-anneau à la partie supérieure du pylore, avec fort épaississement des parois stomacales et adhérences fibreuses très serrées avec le péritoine et le pancréas. L'orifice pylorique est rétréci, au point de ne pouvoir laisser passer une tige de la grosseur d'un crayon ; forte couture du pylore.

OBSERVATION XXI. — *Service de M. le Professeur J. Teissier.*  
Salle Sainte-Jeanne, n° 1.

B...

Dyspepsie, anorexie. Ni hématémèse, ni mélèna.

Chimisme stomacal : hypochlorhydrie, acides de fermentation.

Stase permanente.

Weber très positif le 31 juillet 1908.

Pylorectomie, avec constatation du cancer.

Décès peu après.

OBSERVATION XXII. — *Service de M. le Professeur J. Teissier.*  
Salle Sainte-Jeanne, n° 11.

C..., 40 ans.

Sténose pylorique.

Chimisme stomacal : anachlorydrie, acides de fermentation.

Weber très positif, juillet 1908.

Gastro entéro-anastomose (confirmant le diagnostic).

Mort après généralisation hépatique et ganglionnaire. Anémie très marquée.

Autopsie : cancer squirrheux du pylore.

OBSERVATION XXIII. — *Service de M. le Docteur Cade.*  
Hospice du Perron.

X..., 80 ans.

Cachexie néoplasique.

Masse dure à l'épigastre.

Weber, deux fois très positif.

Mort peu après l'arrivée à l'hospice.

Autopsie : cancer ulcéré du pylore; grosse généralisation ganglionnaire prévertébrale.

OBSERVATION XXIII bis. — *Service de M. le Prof<sup>r</sup> J. Teissier.*  
Salle B. Teissier, n° 9.

T... Marie.

Néoplasme gastrique.

Le 18 novembre 1908, Weber positif dans les selles.

Autopsie : cancer de l'estomac ; perforation presque totale de l'estomac.

OBSERVATION XXIV. — *Service de M. le Professeur J. Teissier.*

Salle Saint-Augustin, n° 12.

O... Alphonse.

Néoplasme de l'estomac, perceptible à la palpation.

Chimisme stomacal : pas Hcl libre.

Du 20 janvier 1908 au 26 février 1909, vingt Weber : neuf positifs, un douteux, dix négatifs.

OBSERVATION XXV. — *Service de M. le Professeur J. Teissier.*

Salle Saint-Augustin, n° 27.

P... Paul.

Néoplasme de l'estomac avec sténose pylorique. Anémie extrême.

Le 12 janvier 1909, fèces noirâtres et Weber très positif.

Chimisme stomacal : pas Hcl libre ; acidité totale, 0,874 0/000. Pas d'acide lactique.

Le 4 mars 1909, Weber positif.

Le 9 mars 1909, Weber négatif.

Le malade est encore dans le service.

OBSERVATION XXVI. — *Service de M. le Professeur J. Teissier.*

Salle Saint-Augustin.

Chaz...

Grosse tumeur hépatique ; néoplasme stomacal probable.

Weber nettement positif, le 29 novembre 1907.

OBSERVATION XXVII. — *Service de M. le Prof<sup>r</sup> J. Teissier.*

Salle Saint-Augustin, n° 25.

T... Jean, 60 ans.

Anémie grave, bouffissure.

Vomissements; pesanteur après les repas. Douleurs. Hémathémèse et mélœna.

Albuminurie constante. Saturnisme.

Hémoglobine 3 1/4 %. Globules rouges 1.240.000. Globules blancs 4.250.

18 novembre, Weber négatif.

2 décembre, Weber positif.

7 décembre, Weber négatif.

29 janvier 1908, Weber positif.

5, 11, 14, 19 février, Weber positif.

4 mars, Weber positif.

18 et 30 mars, Weber négatif.

Mort. Opposition à l'autopsie.

Ulcéro-cancer probable.

OBSERVATION XXVIII. — *Service de M. le Prof<sup>r</sup> J. Teissier.*

Salle B. Teissier, n° 1.

P... Françoise.

Ictère par rétention; grosse vésicule; démangeaisons; grosse masse néoplasique épigastrique.

Fèces décolorées.

Un Weber positif, trois négatifs.

Autopsie : péritonite aiguë sans perforation. Rien à l'estomac, ni à l'intestin.

Gros cancer du pancréas avec envahissement ganglionnaire ; compression du cholédoque.

Généralisation hépatique discrète et pulmonaire.

OBSERVATION XXIX. — *Service de M. le Professeur J. Teissier.*  
Salle Saint-Augustin, n° 5.

X...

Cirrhose du foie. Grosse rate.

Péritonite. Fièvres à grandes oscillations.

Hépatisation pulmonaire (mort).

9 novembre, Weber négatif.

Autopsie : cancer des ganglions péri-pancréatiques et probablement du pancréas, généralisé à la rate.

OBSERVATION XXX. — *Service de M. le Professeur J. Teissier.*  
Salle Saint-Augustin, n° 26.

X...

Fièvre typhoïde grave.

Période d'état, 3<sup>e</sup> septennaire. Hyperthermie, pouls à 124.

Dyspnée. Congestion pulmonaire, diarrhée de moyenne intensité. Pas d'hémorragie intestinale évidente.

Weber positif, le 19 novembre 1907.

Weber négatif, le 5 et 10 décembre 1907.

Mort.

Autopsie : ulcérations intestinales.

OBSERVATION XXXI. — *Clinique du Professeur J. Teissier.*

L..., 44 ans.

Fièvre typhoïde. Rechute. Température, autour de 39°. Pas de symptômes spéciaux, matières moulées.

Réaction nettement, mais faiblement positive.

OBSERVATION XXXII. — *Service de M. le Prof<sup>r</sup> J. Teissier.*  
Salle B. Teissier, n° 2.

Nicole J...

Bacillose pulmonaire fibreuse.

Fièvre typhoïde au onzième jour environ.

Deux Weber négatifs dans les fèces.

OBSERVATION XXXIII. — *Service de M. le Prof<sup>r</sup> J. Teissier.*  
Salle B. Teissier, n° 5.

B... Angélique.

Tuberculose pulmonaire à excavation. Fièvre; pas de troubles gastro-intestinaux notables.

Weber négatif.

Autopsie : Tuberculose fibro-caséuse pulmonaire avec cavernes.

Petites ulcérations folliculaires sur le cœcum.

OBSERVATION XXXIV. — *Service de M. le Prof<sup>r</sup> J. Teissier.*  
Salle Saint-Augustin, n° 12.

G...

Tuberculose pulmonaire.

Diarrhée tenace.

Weber légèrement positif, 19 novembre 1908.

Autopsie : Grand nombre d'ulcérations intestinales (intestin grêle et gros intestin).

OBSERVATION XXXV. — *Service de M. le Prof<sup>r</sup> J. Teissier.*

Salle Saint-Augustin, n° 21.

T...

Tuberculose pulmonaire. Entérite tuberculeuse, diarrhée.

Le 21 et 24 novembre 1907, Weber négatif. Décès.

Autopsie, le 29 novembre 1907 : Nombreuses ulcérations tuberculeuses de l'intestin.

OBSERVATION XXXVI. — *Service de M. le Prof<sup>r</sup> J. Teissier.*

Salle Saint-Augustin, n° 25.

X...

Tuberculose pulmonaire ramollie et excavée. Diarrhée.

4 mars 1908, Weber négatif.

16 mars 1908, Weber positif dans les fèces.

Mort.

Autopsie : Tuberculose pulmonaire fibreuse ; tuberculose costale, vertébrale... Congestion de la muqueuse gastrique. Rien au duodénum.

L'intestin, ouvert sur la majeure partie de sa longueur, ne montre pas d'ulcération apparente, mais simplement de la congestion de la muqueuse.

OBSERVATION XXXVII. — *Service de M. le Prof<sup>r</sup> J. Teissier.*  
Salle B. Teissier, n° 3.

P... Marie.

Tuberculose pulmonaire cavitaires. Diarrhée intermittente.

Le 29 novembre et le 2 décembre 1907, Weber négatif.

OBSERVATION XXXVIII. — *Service de M. le Prof<sup>r</sup> J. Teissier.*  
Salle B. Teissier, n° 16.

P... Claudia.

Tuberculose pulmonaire cavitaires. Laryngite. Diarrhée.

Le 25 et 29 novembre 1907, Weber négatif.

OBSERVATION XXXIX. — *Service de M. le Prof<sup>r</sup> J. Teissier.*  
Salle Saint-Augustin, n° 7.

V..., 51 ans.

Entérite tuberculeuse.

26 novembre et 27 janvier 1908, Weber négatif.

Mort. Opposition à l'autopsie.

OBSERVATION XL. — *Service de M. le Prof<sup>r</sup> J. Teissier.*  
Salle B. Teissier, n° 5.

N...

Bacillose pulmonaire, fièvre. Très violentes douleurs gastriques. — Aortite abdominale.

Weber deux fois positif, quatre fois négatif, d'avril à juillet 1908.

Malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION XLI. — *Service de M. le Prof<sup>r</sup> J. Teissier.*  
Salle B. Teissier, n° 2.

B...

Bacillose pulmonaire excavé. Diarrhée.

Weber négatif, le 30 novembre 1907.

OBSERVATION XLII. — *Clinique du Prof<sup>r</sup> J. Teissier.*  
Salle Saint-Augustin, n° 3.

X...

Cystite tuberculeuse. Tuberculose rénale. Tuberculose pulmonaire discrète.

Le 9 décembre 1907, Weber positif.

OBSERVATION XLIII. — *Clinique du Prof<sup>r</sup> J. Teissier.*  
Salle Saint-Augustin, n° 23.

P... Siméon.

Tuberculose pulmonaire, avec laryngite. Entérite, diarrhée.

Le 27 novembre 1907, Weber positif.

Le 30 novembre et le 5 décembre 1907, Weber négatif.

Décès. Opposition à l'autopsie.

OBSERVATION XLIV. — *Service de M. le Prof<sup>r</sup> J. Teissier.*  
Salle Saint-Augustin, n° 44.

B... François.

Tuberculose pulmonaire.

Diarrhée depuis un mois.

Weber très positif le 21 janvier 1909.

Décès. Opposition à l'autopsie.

OBSERVATION XLV. — *Service de M. le Prof<sup>r</sup> J. Teissier.*

Salle Saint-Augustin, n° 10.

T...

Entéropathie bacillaire.

Diarrhée datant de trois mois.

Du 3 décembre 1908 au 23 avril 1909, dix Weber : cinq positifs, deux douteux, trois négatifs (sur les fèces).

Le malade est encore à l'hôpital.

OBSERVATION XLVI. — *Service de M. le Prof<sup>r</sup> J. Teissier.*

Salle B. Teissier, n° 3.

L...

Bacillose pulmonaire et laryngée. Fièvre entre 39 et 40°.  
Pas de troubles digestifs.

Le 17 janvier 1908, Weber douteux.

OBSERVATION XLVII. — *Service de M. le Prof<sup>r</sup> J. Teissier.*

Salle B. Teissier, n° 17.

B...

Appendicite tuberculeuse.

Troubles dyspeptiques anciens. Hypochlorhydrie, entérop-tose, légère néphroptose, cœcum clapotant, induration dans la fosse éliaque droite ; diarrhée passagère.

Du 13 janvier 1908 au 10 novembre 1908 les fèces ont été examinées vingt-six fois : vingt-une fois Weber très positif, quatre fois faiblement positif, une fois négatif.

Malade opéré par M. Tixier. Résection de l'appendice.

OBSERVATION XLVIII. — *Service de M. le Prof<sup>r</sup> J. Teissier.*  
Salle Saint-Augustin, n° 20.

F... Pierre.

Néoplasme primitif, peut-être testiculaire (ablation chirurgicale d'un testicule, il y a deux ans).

Généralisation néoplasique péritonéale ganglionnaire, vérifiée à l'autopsie.

Weber dans les fèces deux fois négatif.

OBSERVATION XLIX. — *Service de M. le Prof<sup>r</sup> J. Teissier.*  
Salle B. Teissier, n° 4.

P...

Cirrrose alcoolique, angiocholite (ictère et fièvre), mal de Bright, hypertension. Insuffisance rénale. Ascite; œdème des membres inférieurs.

Le 17 et le 22 janvier 1908, Weber négatif.

Le 1<sup>er</sup> mars 1908, Weber faiblement positif.

Autopsie : opposition.

OBSERVATION L. — *Service de M. le Prof<sup>r</sup> J. Teissier.*  
Salle Saint-Augustin, n° 13.

V...

Cirrrose du foie et péritonite tuberculeuse.

Le 4 mars 1908, Weber faiblement positif dans les fèces.

OBSERVATION LI. — *Service de M. le Prof<sup>r</sup> J. Teissier.*  
Salle Saint-Augustin, n° 9.

B...

Purpura rhumatoïde.

Weber négatif (fèces), 11 mai 1908.

OBSERVATION LII. — *Service de M. le Prof<sup>r</sup> J. Teissier.*  
Salle Saint-Augustin, n° 29.

P...

Anémie extrême. Phénomènes scorbutiformes, hémorragies gingivales.

Weber deux fois positifs en décembre 1908.

Autopsie : Rien du côté du tube digestif.

OBSERVATION LIII. — *Service de M. le Prof<sup>r</sup> J. Teissier.*  
Salle Saint-Augustin, n° 25.

D... Ferdinand.

Maladie d'Addison. Diarrhée chronique.

Le 17 mars 1909, Weber faiblement positif dans les fèces.

---

## CONCLUSIONS

---

De l'exposé qui précède, nous déduirons les conclusions suivantes, bien conformes d'ailleurs avec celles déjà publiées à diverses reprises à la suite des recherches effectuées sur ce sujet à la Clinique Médicale du professeur Teissier, à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Les hémorragies occultes du tube digestif sont décelées avec beaucoup de facilité et suffisamment de précision au moyen de la Réaction de Weber. On les recherchera surtout dans les fèces.

La réaction positive a une très grosse valeur séméiologique ; elle ne s'observe jamais, du moins nette et répétée et toutes causes d'erreur éliminées, sans un processus lésionnel ulcéreux qui en donne l'explication. La réaction négative ne prend guère de valeur que par sa persistance.

Dans les maladies de l'œsophage, les résultats sont constants.

Dans les maladies de l'intestin, la réaction est infidèle, mais reste néanmoins intéressante ; on peut avoir une réaction positive, mais en général *légère et transitoire*, sans lésions

ulcéreuses macroscopiques; inversement, on peut avoir des lésions ulcéreuses sans réaction positive, même avec des explorations plusieurs fois répétées.

Dans les maladies de l'estomac, la réaction de Weber positive indique toujours une lésion ulcéreuse de cet organe, son absence étant en effet constante dans les gastropathies fonctionnelles ou, en tous cas, non ulcéreuses. Dans l'ulcère simple, la réaction est intermittente avec parfois de longs intervalles de réactions négatives. Dans le cancer, la réaction est à peu près constante : on ne doit pas se contenter d'un seul examen; les intermittences sont possibles, mais brèves en général. Toutes les formes anatomiques et histologiques, toutes les localisations peuvent fournir des réactions positives. Cette méthode est très précieuse, surtout dans les formes larvées ou latentes.

Dans les cancers extra-digestifs, dans les anémies graves, indépendantes d'une affection des voies digestives, dans les cirrhoses, la réaction est habituellement négative. Dans ces conditions, on ne rencontre guère, à la rigueur, qu'une réaction légère et très passagère.

L'hémo-coprologie constitue donc une exploration de grande valeur dans les maladies du tractus gastro-intestinal, surtout de l'estomac. Une réaction positive, nette et surtout répétée, constitue un symptôme très important. L'absence, et surtout l'absence répétée, de la réaction a évidemment une signification moindre, mais qui n'est pas cependant dénuée d'intérêt.

Malgré toute sa valeur séméiologique, il faut se garder de pathognomonifier le symptôme « hémorragie occulte ». Ce n'est là qu'un élément de diagnostic, un adjuvant d'un examen clinique complet.

La facilité et la rapidité de sa mise en évidence le mettent à la portée des cliniciens et doivent le faire entrer dans la pratique, au même titre que la recherche de l'albumine dans les urines.

---

*Le Président de la Thèse,*  
J. TEISSIER.

Vu :  
*Le Doyen,*  
HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :  
Lyon, le 8 Mai 1909.  
*Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,*  
JOUBIN.



## BIBLIOGRAPHIE

---

- Weber, Berlin Klin Wochens, 1893, n° 19, page 441.  
Schaer, Arch. f. Pharm., 1898, t. CCXXXVI, n° 8.  
Boas, Deutsch méd. Wochens, 1901, n° 20, p. 315.  
Boas et Kochmann, Arch. für Verdauungskr, 1902.  
Joachim, Berliner Klin Wochens, 1904, p. 466.  
Schloss, Arch. für Verdauungskr, 1904, p. 267.  
Hartmann, Arch. für Verdauungskr, 1904, p. 48.  
Romani, Riforma méd., 1906, n° 5.  
Mathieux et Roux, Bulletin Soc. méd. des Hôp. de Paris, 27  
avril 1906, p. 417.  
Göttinger et Girault, Semaine médicale, 17 juillet 1906, p. 325,  
n° 28.  
Boas, Centralblat. für inn. méd., 16 juin 1906, n° 24.  
Falloise, Presse médicale, 16 juin 1906, p. 382.  
Girault, Les hémorragies occultes du tube digestif.  
Mathieux, Bulletin Soc. méd. de Paris, 1906, n° 14.  
Willenz, la Chimie médicale, 1906, n° 2.  
A. Cade et Bourret, Congrès Français de médecine interne,  
9<sup>me</sup> session, Paris 1907.  
A. Cade et Bourret, Société Méd. des Hôp. de Lyon, novem-  
bre 1907.  
Grünwald, Centralbl. für inn. méd. 1907, janvier, n° 4.  
A. Cade et Bourret, Lyon Médical, janvier 1908.

Clermont (de Vichy), analyse dans Province Médicale, octobre 1908.

Déléarde et Benoît, Bulletin de la Soc. de Biologie, 6 juin 1908.

F. Lévy, Gazette des Hôpitaux, 1908.

Déléarde et Benoît, Bulletin de la Soc. de Biologie, 15 juin 1908.

A. Cade et Philippe, Société Méd. des Hôp. de Lyon, mai 1909.

Mathieu et Roux, Note de Pathologie gastro-intestinale (mai 1909).

## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                                                                   |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| AVANT-PROPOS.....                                                                                 | 9  |
| INTRODUCTION.....                                                                                 | 11 |
| PREMIÈRE PARTIE. — <i>La Technique</i> .....                                                      | 17 |
| CHAPITRE I. — Recherche du sang dans le contenu gastrique<br>et les matières fécales .....        | 17 |
| CHAPITRE II. — Etude comparée de la valeur des divers<br>procédés.....                            | 23 |
| CHAPITRE III. — Des causes d'erreur dans les cas de réac-<br>tion positive.....                   | 26 |
| DEUXIÈME PARTIE. — <i>Etude clinique</i> .....                                                    | 29 |
| CHAPITRE I. — Les hémorragies occultes dans les maladies<br>de l'œsophage.....                    | 30 |
| CHAPITRE II. — Les hémorragies occultes dans les maladies<br>de l'estomac .....                   | 31 |
| CHAPITRE III. — Les hémorragies occultes dans les maladies<br>de l'intestin.....                  | 36 |
| CHAPITRE IV. — Les hémorragies occultes dans les maladies<br>du foie, du pancréas, des reins..... | 39 |
| TROISIÈME PARTIE.....                                                                             | 41 |
| OBSERVATIONS. ....                                                                                | 42 |
| CONCLUSIONS .....                                                                                 | 65 |
| BIBLIOGRAPHIE.....                                                                                | 69 |

---

---

4604. — Grenoble, imprimerie de la *Dépêche Dauphinoise*.

---



